



# Apple Health For Kids

Washington의  
어린이와  
십대를 위한

수신자 부담 전화 1-877-543-7669

월요일 - 금요일 8 AM - 5 PM에 상담원 도움을 받으시거나 오늘 신청서를 우송하십시오!

웹사이트 <http://www.AppleHealthForKids.wa.gov>에서도 정보를 얻을 수 있습니다.

Washington 주 사회보장부 DSHS 22-394 KO (Rev. 2/09)

## 수천 명의 19세 미만 어린이가 가입할 수 있습니다

Apple Health For Kids는 여러 유형의 가정에 살고 있는 어린이와 십대에 의료 혜택을 보장합니다.

- 편부모 슬하의 어린이
- 부모가 각각 둘씩인 어린이
- 부모가 직장에 다니는 어린이
- 독립한 젊은 성인(19세 미만)
- 조부모, 다른 가족 또는 친구와 사는 어린이

건강 문제가 이미 있는 어린이에게도 자격이 주어집니다.

## 어떤 종류의 서비스가 보장되니까?

Apple Health For Kids는 모든 아동이 건강을 유지하는 데 필요한 종합 서비스를 보장합니다. 귀댁 아동이 자격이 된다면 더 자세한 수혜 방법을 알려 드릴 것입니다. 보장되는 서비스 예는 다음과 같습니다.

- 의사 및 간호사 방문
- 병원 및 응급 진료
- 치과 진료
- 처방약
- 건강 검진 및 예방접종
- 안경 및 보청기
- 물리 및 언어 요법
- 가족 계획
- 의사 방문 시 교통편
- 상담 및 그 외 다수!

## 우리 아이가 자격이 되는지 확인하려면 어떻게 합니까?

과정은 간단하며 많은 근로 가족이 자격이 됩니다. 자격 여부는 소득, 가족 규모(태아를 포함시킬 것), 월 지출을 검토해 결정합니다. 귀댁 어린이의 자격 여부를 확인하려면 아래의 간단한 단계를 따르십시오. 그런 다음 귀하의 월소득을 표와 비교해 보십시오.

**단계 1** 귀댁의 월소득(세전)을 적으십시오

• 직장에 나가는 동안 아동 또는 성인을 보살피는 데 드는 월지출을 빼십시오.

• 같이 살지 않는 아동에게 귀하가 지불하는 모든 매월 법원 명령 아동 지원액을 빼십시오.

• 가정의 일하는 성인 1명당 \$90를 빼십시오.

\$ \_\_\_\_\_

- \_\_\_\_\_

- \_\_\_\_\_

- \_\_\_\_\_

= \_\_\_\_\_

**단계 2** 비교하여 자격을 확인하십시오

귀하의 월 가정 소득이 표의 금액에 가까우면 귀댁 어린이는 저비용 또는 무료 건강 보험 자격이 될 수 있습니다!

많은 사람들이 표보다 소득은 많지만 자격이 됩니다. 귀하의 소득이 표보다 많으면 1-877-543-7669로 전화하여 자세한 정보를 얻으십시오.

Number of People in Family (includes parents and children)	Approximate income per month (after deductions from Step 1)
1	up to \$2,708
2	up to \$3,643
3	up to \$4,578
4	up to \$5,513
5	up to \$6,448
More	Add \$935 for each additional family member

소득 기준은 4월마다 갱신됩니다. 이 표는 19세 미만 아동의 건강 보험만을 다룹니다. 가정과 임산부가 이용할 수 있는 다른 프로그램은 자격 요건이 다릅니다. 자세한 정보는 수신자 부담 전화 1-877-543-7669로 전화하십시오.

## 신청이 손쉽습니다!

1. 이 팸플릿에 첨부된 신청서를 작성하십시오.
2. 신청서 페이지를 떼십시오.
3. 신청서에서 봉투를 떼십시오.
4. 신청서에 소득 증명 사본을 첨부하십시오. 예:
  - 지난 30일 간의 급여 명세서
  - 작년 납세 신고서 또는
  - 고용주가 제공한 귀하의 총 월소득 내역서
5. 신청서를 봉투에 넣으십시오.
6. 우체통에 넣으십시오! 우표를 붙일 필요가 없습니다.

## 우리 아이가 얼마나 빨리 건강 보험에 가입되니까?

- 먼저 무료 건강 보험을 고려합니다.
- 보험이 승인되면 6주 이내에 서신으로 알려 드립니다.
- 귀댁 어린이는 승인 되면 즉시 의료 서비스를 받을 수 있습니다.
- 신속한 처리를 위해 신청서를 완전하게 작성하고 소득 증빙 서류를 첨부해 주십시오.
- 12개월마다 다음 해의 보험 갱신을 위한 서식이 우송됩니다.

## Apple Health For Kids

### 보험은 저비용 또는 무료입니다

- 귀하의 소득을 고려합니다.
- 먼저 무료 보험을 고려합니다.
- 아동당 월 \$15의 낮은 보험료가 청구됩니다.
- 어린이가 넷 이상인 경우 세 명분의 보험료만 지불하면 됩니다.
- 일부 보험은 소급 적용되어 3개월까지 미납한 의료비를 신청할 수 있습니다.



### 아동 의료 혜택 신청서

이 신청서는 19세 미만 아동과 십대의 의료 보험 신청용입니다. 누구나 아동을 대신해 신청할 수 있습니다. 아동이 스스로 신청해도 됩니다. 1번 난에 기재된 사람에게 모든 후속 정보를 보내 드리겠습니다. 궁금한 사항이 있거나 이 서식 작성에 도움이 필요하면 1-877-543-7669로 전화하십시오. 기꺼이 도와 드리겠습니다!

검정 또는 파랑 잉크로 정자체로 쓰십시오. 연필을 사용하지 마십시오. (후속 정보를 받을 부모, 보호자 또는 연락 받을 사람을 적으십시오)

1 이름 (중간 이니셜) _____ 성 _____	
2 사는곳 주소 _____ 가 _____ 시 _____ 주 _____ 우편 번호 _____	
3 우편 주소(위와 다른 경우) _____ 가 _____ 시 _____ 주 _____ 우편 번호 _____	
4 전화 번호 _____	5 영어로 말하거나 읽거나 쓰는 데 문제가 있습니까? 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/>
자택 ( ) _____	어떤 언어 또는 대안 형식이 필요하십니까? _____
직장 ( ) _____	통역사가 필요하십니까? (예일 경우 통역사를 통해 도와 드리겠습니다.) 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/>
메시지 ( ) _____	어떤 언어를 사용하십니까? _____
	6 19세 미만이며 즉시 치료 받아야 할 아동이 있습니까? 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/>
	집에 임신한 사람이 있습니까? 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/>
	“예” 라면 누구입니까? _____

### 일반 정보

7 같이 사는 가족 명단을 기재하십시오. (여백이 더 필요하면 다른 용지에 적어 첨부하십시오.)

이름 (이름, 중간 이니셜, 성)	성별 남 또는 여	신청인과의 관계	생년월일 (월/일/년)	사회 보장 번호 * = 선택	미국 시민 예 아니오	출생지 (시/주)	아동이 미국 시민권자가 아닐 경우 작성
A. 부모, 보호자 또는 당사자				*	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		아동의 미국 입국 날짜 아동에게 보증인이 있습니까?
B. 배우자 또는 다른 부모(집에 사는 경우)				*	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		예 아니오
C. 19세 미만 아동과 십대를 기재하십시오 (의료 혜택을 원하는)					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
D.					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
E.					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
F.					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
G. 집의 다른 성인/아동을 기재하십시오 (의료 혜택을 원하지 않는)				*			참고: 아동의 신분을 증명하는 서류를 첨부하십시오.
				*			

8 가정에 19세 미만 장애 아동이 있습니까? “예” 라면 누구입니까? 예  아니요

지출 이 정보는 아동의 자격 획득에 도움이 될 수 있습니다.

9 직장에 나가는 동안 탁아비를 지불합니까? 예  아니요  “예” 일 경우 한 달에 얼마입니까? \$ \_\_\_\_\_

직장에 나가는 동안 장애 부양 가족을 돌보는 비용을 지불합니까? 예  아니요  “예” 일 경우 한 달에 얼마입니까? \$ \_\_\_\_\_

10 같이 살지 않는 아동에게 법원 명령 아동 지원액을 지불합니까? 예  아니요  “예” 일 경우 한 달에 얼마입니까? \$ \_\_\_\_\_



**소득** 총급여 기재(세금이나 경비 공제 전).

(지난 30일 간의 소득에 대한 증빙 서류 첨부요)

11 부모의 고용주 이름과 전화  ( )	기타 가정 소득		지난 30일 간 수령한 금액	어느 가족 구성원이 이 소득을 얻습니까?
	15 아동 양육비		\$	
12 지난 30일 간 받은, 세금이나 경비 공제 전 금액: \$ _____ 이 소득에서 자영업으로 번 금액은 얼마입니까?* \$ _____	16 부양금		\$	
	17 사회 보장금		\$	
13 배우자(또는 집에 사는 다른 부모)의 고용주 이름과 전화 번호:  ( )	18 실직 수당		\$	
	19 투자 소득/이자/배당금		\$	
14 배우자(또는 집에 사는 다른 부모)가 지난 30일 간 받은, 세금이나 경비 공제 전 금액: \$ _____ 이 소득에서 자영업으로 번 금액은 얼마입니까?* \$ _____	20 재향군인 수당		\$	
	21 산재 수당		\$	
*귀하나 귀하의 배우자(또는 집에 사는 다른 부모)가 자영업자일 경우 다른 공제금이 적용될 수 있습니다. 추가 정보나 신청 지원이 필요하다면 1-877-543-7669로 전화하십시오.	22 군인 수당		\$	
	23 기타(설명요)		\$	
		24 신청 아동에게 - 지난 3개월 이내에 - 밀린 의료비가 있어 도움이 필요합니까? 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/>		
“예” 일 경우 검토해 주기를 원하는 달의 모든 가정 소득 명세서 사본을 보내십시오.				

**건강 보험 정보** 이미 아동에게 건강 보험이 있으면 알려 주십시오.

25 A 신청 아동에게 이미 건강 보험이 있습니까? 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/>	25 B “예” 일 경우 그 건강 보험은 의사, 병원, x선(방사선), 검사실 서비스를 보장합니까? 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/>	26 A 아동이 지난 4개월 안에 직장 건강 보험으로 보장을 받았습니까? 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/>	26 B “예” 일 경우 부양 가족의 월 보험료가 \$50 미만이었습니까? 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/>
27 상기 질문(25 a, b 또는 26 a, b)에 “예” 라고 표시한 경우 아동의 건강 보험을 제공한 보험 회사나 고용주 이름을 기재하십시오.			
보험 회사 또는 고용주	보험 번호	보험 계약자의 이름	보험 계약자의 사회 보장 번호 (선택)

**아동의 인종/민족 배경(자발적 정보)**

아동의 인종 또는 민족 배경을 자발적으로 알려 주시기 바랍니다. 이 정보는 수혜 자격을 판단 하는 데 사용되지 않습니다.	<input type="checkbox"/> 아메리칸 인디언 또는 알래스카 원주민	<input type="checkbox"/> 아시아인	<input type="checkbox"/> 흑인 또는 아프리카계 미국인	<input type="checkbox"/> 히스패닉 또는 라티노
	<input type="checkbox"/> 하와이 원주민 또는 기타 태평양 섬 출신	<input type="checkbox"/> 백인	<input type="checkbox"/> 기타 _____	
<small>보건사회부가 관리하는 모든 프로그램과 활동에서 차별을 금지합니다. 누구도 인종, 피부색, 신념, 정치적 믿음, 출신 국가, 종교, 나이, 성별, 장애를 이유로 프로그램과 활동에서 배제되어서는 안 됩니다.</small>				

**자세히 읽고 서명하십시오**

이 신청서는 아동의 의료 혜택 신청용입니다. 가족 중에 현금 혜택, 기본 식품 혜택, 기타 혜택을 이미 받고 있거나 신청 희망하는 사람은 지역 **DSHS CSO (Community Services Office)**로 연락하십시오.

- DSHS는 귀하의 자격 여부를 확인하기 위해 귀하가 제공하는 정보의 입증을 요청할 수 있습니다. DSHS에 입증에 대한 도움을 요청할 수 있습니다.
- 귀하가 제공한 정보는 다른 주 정부나 연방 정부 기관에서 검토할 수도 있습니다. 이 정보는 이민귀화국(INS)에 제공되지 않습니다.
- 의료 혜택을 신청하여 수혜할 경우 의료 지원 및 제 3자 의료비 지불에 대한 모든 권리를 Washington 주에 양도함을 의미합니다
- DSHS는 귀책 아동의 예방접종 기록을 아동 프로필 예방접종 추적 시스템에 제공할 수 있습니다.

<p>선서 및 서명</p> <p>본인은 이 신청서에 있는 정보를 읽고 이해하였습니다. 본인은 위증 시 처벌 조건 하에, 본인이 이 신청서에 기재한 정보가 본인이 아는 바로는 진실하고 정확하며 완전함을 선서합니다.</p>	<p>신청인의 서명</p> <p>X _____</p> <p style="text-align: right;">일자 _____</p>
--	--

**제출 방법**

<p>보낼 곳:</p> <p><b>Dept. of Social and Health Services</b> <b>P.O. Box 45531</b> <b>Olympia, WA 98504-5531</b></p>	<p>도움 요청:</p> <p>도움이 필요하거나 궁금한 사항이 있으시면 아래로 전화하십시오. <b>1-877-543-7669.</b></p>
--	--